FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

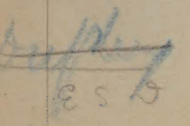
INCONVENIENTES Y PELIGROS

QUE PRESENTA

LA ANTEVERSION Y ANTEFLEXION UTERINAS

PARA EL EMBARAZO

PARTO Y PUERPERIO.



TRABAJO PRESENTADO

PARA EL

EXÁMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y OBSTETRICIA

POR

JOSÉ TORRES ANSORENA

Alumno
de la Escuela de Medicina de México é interno de la Casa de Maternidad.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON

Calle de Lerdo número 3.

1884







ANTEVERSION Y ANTEFLEXION UTERINAS

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

INCONVENIENTES Y PELIGROS

QUE PRESENTA

LA ANTEVERSION Y ANTEFLEXION UTERINAS

PARA EL EMBARAZO

PARTO Y PUERPERIO.

TRABAJO PRESENTADO

PARA EL

EXÁMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y OBSTETRICIA

POR

JOSÉ TORRES ANSORENA

Alumno
de la Escuela de Medicina de México é interno de la Casa de Maternidad.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON
Calle de Lerdo número 3.

1884

Á LA MEMORIA DE MIS QUERIDOS PADRES

EL SEÑOR DOCTOR IGNACIO TORRES

Y LA SEÑORA

FRANCISCA ANSORENA.

A MIS QUERIDOS HERMANOS

Por cuya proteccion
he podido llegar al fin de mi carrera.

Á MI QUERIDO Y SABIO MAESTRO

EL SEÑOR DOCTOR

JOSÉ IGNACIO CAPETILLO

Como prueba de agradecimiento
por los sabios consejos que de él he recibido y por la inmerecida confianza
con que me ha distinguido.

A MI QUERIDO Y FINO AMIGO

EL SEÑOR DOCTOR MIGUEL ALVARADO

Manifestacion sincera
de mi agradecimiento, por las consideraciones que me ha dispensado.

AL INTELIGENTE PROFESOR DE CLINICA DE OBSTETRICIA

EL SEÑOR DOCTOR JUAN Mª RODRIGUEZ.

ADMIRACION Y RESPETO.

A LOS SEÑORES DOCTORES

NICOLAS RAMIREZ DE ARELLANO Y MANUEL GUTIERREZ

GRATITUD Y CARIÑO.

Á MI QUERIDO PRIMO

EL SEÑOR

JOSÉ MARIA A. Y PADILLA

DÉBIL TESTIMONIO DE MI CARIÑO.



Al elegir el punto acerca del cual he escrito, no me lleva pretension de ningun género, comprendiendo que nada nuevo encontrará mi ilustrado Jurado digno de llamarle la atencion; pero siendo forzoso á todo el que aspira obtener el título de médico presentar una prueba escrita acerca de un punto de las ciencias médicas, me ha parecido conveniente escribir sobre la anteversion y anteflexion del útero; 1º, porque me ha llamado la atencion ver la frecuencia con que se presentan estas desviaciones durante el parto, pues en los dos años y medio de mi internado en la casa de Maternidad, se han presentado muchas veces; 2º, porque he visto que los autores no le dan la importancia que realmente tiene: no por esto creo, como Deventer, que sea la causa más frecuente de la distocia, pero sí que es una de ellas.

Comprendo lo imperfecto de mi trabajo, pero espero de la indulgencia de mi respetable Jurado, que tomará en cuenta las dificultades y tropiezos que tenemos todos los que escribimos por primera vez.

Réstame dar públicamente las gracias á los Sres. Dres. Nicolás San Juan y Vicente J. Morales, por haber tenido la deferencia de facilitarme sus observaciones, así como manifestar mi gratitud á mi querido compañero el Sr. Antonio F. López, que tan bondadosamente se prestó á dibujar las láminas que acompañan este trabajo.



La matriz, órgano de la gestacion, está situada en la cavidad de la pequeña pélvis, entre la vejiga que está adelante y el recto que se encuentra atrás. Segun la mayor parte de los autores, el útero está dirigido en la direccion del eje del estrecho superior, estando tambien en el referido eje el cuello del útero.

En los primeros meses de la gestacion, el útero sale de la cavidad pelviana y se dirige á la abdominal, pero encontrando en la parte posterior la columna lombar que es dura é inextensible, miéntras que adelante sólo encuentra partes blandas, tiende á dirigirse adonde hay menor resistencia, que es en la parte anterior; al mismo tiempo se dirige hácia uno de los lados del raquis, principalmente al lado derecho, por la disposicion que tiene el mesentereo que se inserta en la columna lombar de arriba á abajo y de derecha á izquierda; en consecuencia el útero apoya por su cuerpo en la pared anterior del abdómen; si esta inclinacion hácia adelante se hace mayor, da lugar, segun el grado, á las desviaciones conocidas con los nombres de anteversion y anteflexion; si la última es muy pronunciada, se le da el nombre de *vientre en alforja*. Mi maestro el Sr. Dr. Juan Mª Rodriguez propone en un trabajo[1] acerca de este punto, llamar á la prime-

1 Trastornos y peligros que originan la preinclinacion y la anteflexion de la matriz grávida en el embarazo, parto y puerperio. (Discurso pronunciado ante la Sociedad Médica "Miguel Jimenez" en Puebla, por el Dr. Juan Mª Rodriguez.)

ra, en lugar de anteversion, *preinclinacion*, por parecerle más castizo; si el ángulo que el eje útero-abdominal hace con el eje pélvico es rectilíneo, le llama preinclinacion, y anteflexion si es mixtilíneo *(venter pependulus.)*

De las desviaciones uterinas, las más frecuentes son la preinclinacion y la anteflexion, debido esto á que habiendo más resistencia en la parte posterior en donde se encuentra la columna vertebral, miéntras que en la anterior sólo está formada, como dije ántes, por tejidos blandos que tienen ménos resistencia, estos ceden con más facilidad.

La preinclinacion y anteflexion (venter pependulus) se observan con más frecuencia: 1º en las multíparas, 2º en las mujeres que han tenido partos gemelares, 3º en aquellas en las cuales el embarazo se ha complicado de hidropesía del amnios. La razon la encontramos en la pérdida de la tonicidad que han sufrido los músculos; tambien son comunes estas desviaciones en las puérperas que se han levantado ántes que haya terminado completamente la involucion uterina; por último, se observan estas desviaciones en las deformidades del raquis por estar el plano del estrecho superior, vertical; el fondo deberá dirigirse hácia adelante y el vientre se hará en alforja (anteflexion).

Signos.[1]—No siempre es fácil diagnosticar por la inspeccion las desviaciones de que me ocupo, estando la mujer en el decúbito supino; pero puesta en pié, entónces es más fácil por no estar sostenida la matriz en la parte anterior que ha perdido su tonicidad, más que por partes blandas; se nota que la cara anterior del útero está dirigida adelante y abajo en la preinclinacion (anteversion de los autores), y abajo en la anteflexion. El fondo del útero, que en la posicion natural ve arriba y á la derecha, se dirige abajo y adelante en la preinclinacion, y directamente abajo en la anteflexion. Por el tacto vaginal es fácil alcanzar el cuello en los casos normales, pero en los que estudio, es muchas veces

1 Véase las láminas.

difícil ó imposible hacerlo, porque se halla atrás y arriba cerca del sacro; tambien es difícil alcanzar la parte presentada. La compresion que el útero ejerce sobre el cuello vesical contra el púbis, trae la disuria; tambien se observa tension y pesantez de las paredes abdominales; comprimiendo los vasos y nervios de la region, se observan edemas y calambres en los miembros inferiores, que molestan mucho á las mujeres; en un grado mayor, el vientre cae entre los muslos é impide hacer movimientos, y por lo mismo hace dificultosa la marcha. Scanzoni cree que no es difícil que produzca el reblandecimiento de la línea blanca, y como consecuencia la eventracion del útero.

Cazeaux y Schroëder se han contentado con decir que las mujeres que tienen anteversion y anteflexion uterinas, tienen tenesmo vesical, disuria, estranguria, dolores y tirantez de los músculos de la pared anterior del vientre: vamos á ver que la preinclinacion y la anteflexion no sólo traen estos inconvenientes, sino que se oponen para la acomodacion del producto. Nada puedo hacer mejor que copiar textualmente la bien expuesta teoría de la acomodacion que mi sabio maestro el Sr. Dr. Rodriguez hace en su discurso acerca de los vicios que vengo estudiando. Dice mi erudito maestro:

«La actitud del engendro vivo y regularmente conformado dentro del materno claustro; la disposicion relativa que allí guardan la cabeza, el tronco, los miembros superiores é inferiores, dependen de la acomodacion. Proporcionalmente pequeño con respecto á la cavidad que le guarda, durante los seis ó siete primeros meses del embarazo flotando en el líquido amniótico, á esa época proporcionalmente abundante, muy holgado en una palabra, el feto permanece por entónces sujeto á las leyes de la pesantez. Andando el tiempo, desarrollándose de dia en dia, la holgura decrece en proporcion y disminuye tambien la movilidad total; doblégase el tronco en el sentido del plano anterior, otro tanto hace la cabeza, y la flexion de ésta se detiene luego que la mandíbula inferior toca á la region esternal; deslízanse hácia

adelante los miembros superiores, aproxímanse los brazos al tronco y crúzanse los antebrazos; los miembros inferiores, obedeciendo al mismo impulso, se sitúan de modo que los muslos se aproximan al vientre y las piernas previamente cruzadas se acercan á la parte posterior de éstos. Reducido por tan sencillo mecanismo al más pequeño tamaño posible, *acurrucado* como se dice en la rica habla castellana, el feto afecta la misma figura de la cavidad de la matriz, é inerte y pasivo como ella hasta entónces, espera llegue la ocasion de que el continente, el *molde*, le obligue á adaptar y acomodar armoniosamente á su forma y naturales proporciones, la figura y dimensiones que resultan del acurrucamiento que acabo de describir. La figura del feto acurrucado cual la de su molde, es próximamente ovalar, algo deprimida y reniforme por el plano anterior; el polo pélvico es más voluminoso y el cefálico ménos; el primero más depresible que el último. La superficie total es redondeada y resbaladiza, gracias á la capa sebácea que la cubre. La cavidad uterina, merced á las aguas amnióticas, es tersa y resbaladiza. Por otra parte, desde el sétimo mes disfruta de la propiedad de contraerse rítmica é indolentemente. Las mujeres sienten bien estas contracciones y las equiparan ó confunden con la tirantez de la pared del vientre; los parteros igualmente las pueden apreciar con claridad y exactitud, y por un exámen que no es molesto ni presenta dificultades, la refieren á su causa y á su sitio preciso que es la matriz.»

«No há mucho los parteros se devanaban los sesos y se afanaban á cual más y mejor en la tarea de darse cuenta y razon de los abocamientos fetales. Los libros están atestados de esas lucubraciones, y largo y enojoso seria que siquiera me detuviese en recordarlas en esta exposicion, en que para nada debo ocuparme de noticias históricas y cronológicas sobre estas y otras mil incertidumbres y vacilaciones tocológicas. Para convenir á mi intento tomaré las cosas desde que Cazeaux hizo la luz y lanzó al campo de la ciencia la primera chispa brillante sobre el contencioso asunto.»

«Cazeaux fué el primero que proclamó que las mútuas relaciones entre el feto y la matriz eran dependientes de la forma del órgano gestatorio, y fué tambien quien entrevió primero la ley de la *adaptacion* que rige los fenómenos estáticos de la preñez, y precede á los dinámicos del parto, estos últimos ingeniosamente descritos unos cuantos años ántes por Nægelé (padre). M. Bailly[1] á lo que Cazeaux tenia dicho añadió algo importante; hélo aquí: «la colocacion del niño se debe á un acto mecánico, cuya necesidad hacen concebir las formas recíprocas del continente y del contenido y cuya realizacion ha lugar por el esfuerzo de las contracciones de la matriz, ayudado de los movimientos que la matriz imprime al producto.» M. Pajot redactó despues la ley de adaptacion, en estos términos: «cuando un cuerpo sólido está dentro de otro que alternativamente es sitio de movimientos y reposo, si las superficies son tersas y poco angulosas, el contenido tenderá siempre á acomodar su forma y dimensiones á la forma y capacidad del continente.»[2]

«Redactada como ha sido por M. Pajot la ley de acomodacion, me parece da á entender que en la adaptacion, el engendro está lejos de representar su verdadero papel. La palabra *tenderá*, futuro del verbo *tender*, hace que el concepto sea equívoco y desvirtúe lo que en realidad pasa. Si en la ley de acomodacion han de decirse las cosas como son, como la experiencia enseña, deberá partirse de estos dos hechos: primero, el cuerpo acomodable, el feto, es inactivo, inerte; segundo, el cuerpo acomodador, el músculo gestatorio, el molde, es activo, y su actividad proviene de la propiedad que posee de poderse contraer y dilatar rítmicamente. Establecidos estos dos principios por concienzudos estudios clínicos, la fórmula de la ley resulta verdadera en todas sus partes. Cuando un cuerpo sólido y resbaladizo se halla dentro de otro hueco, resbaladizo tambien y sujeto á contraerse y

1 Nouveau dictionnaire de médécine et de chirurgie pratiques, tomo XX, pág. 10.
2 Artículo *Accouchements*. Dictionnaire de sciences médicales.

dilatarse rítmicamente, el continente compulsa al contenido á adaptarse á su forma y dimensiones. Redactada en los términos que propongo la ley que rige la acomodacion del feto vivo, regularmente conformado en la cavidad del útero, igualmente bien conformado y en el pleno uso de su facultad contráctil, paréceme concisa, clara, verídica y por tanto inobjetable.»

«Ahora voy á entrar de lleno en el estudio de ciertos detalles que importan al objeto.»

«La forma del útero en el último tercio del embarazo, es la de un ovóide longitudinal, excepto en uno que otro caso que es ovóide trasversal por conformacion congénita. El útero desenvuelto es móvil, y es tanto más móvil cuanto más se eleva en la cavidad abdominal: el destino de sus ligamentos suspensores se nulifica en esa época, y tiene que ser así por obvia razon: ninguna traba debe oponerse al desenvolvimiento del órgano gestatorio; los pulmones y las vísceras del vientre desalojadas por él de sus sitios topográficos propios, modificadas sus mútuas relaciones, le ceden el puesto de preferencia, le sostienen y como que le acuñan en ciertos lugares, sin oprimirle ni siquiera incomodarlo. La pared abdominal en la parte que le toca, se presta al ensanche de la cavidad del vientre y á mantener las nuevas relaciones de cuanto entónces constituye su contenido, con el contingente de su tonicidad y elasticidad. Esta compresion metódica, sabiamente distribuida, que sin estorbar ni incomodar en lo más mínimo las evoluciones de la matriz, coopera á la conservacion de la figura del útero grávido, de dia en dia va haciéndose mayor, y creciendo, creciendo, llega una época en que no siendo posible física ni fisiológicamente llevar más adelante las cosas, el peso de las vísceras y la resistencia del diafragma obligan al segmento inferior á encajarse en el canal; por concomitancia el producto acurrucado y adaptado á la forma del continente, obedece á los impulsos de éste y de precision acomoda el extremo más voluminoso en el fondo que es más amplio y el más pequeño en la zona polar inferior, con cuya evolucion queda de-

finitivamente establecido el abocamiento longitudinal del feto.

«La facultad contráctil de la matriz no se limita á eso sólo: una vez puesta en juego, ayudada de la compresion mediata del diafragma é inmediata de la pared abdominal, sus efectos van más allá conforme se va á ver.»

«El compartimiento anterior del ovóide uterino es más amplio que el posterior, en virtud de que la matriz está ménos comprimida delante que detrás; detrás las resistencias son superiores á las de delante. El sosten de atrás constituido por la columna vertebral, es resistente y duro; el de delante, constituido por la pared anterior del abdómen, siendo ésta elástica se presta á dar de sí; de lo que resulta que el compartimiento anterior no sólo sea más amplio y por ende más capaz que el posterior, sino tambien que sea más cóncavo. En cuanto al ovóide fetal, realza más el plano dorsal que el esternal: aquel es convexo y éste cóncavo, de lo cual resulta que urgido el feto por la fuerza de la contractilidad el dorso se acomoda mejor en la amplia cavidad que le prepara y ofrece el compartimiento anterior de la matriz, y el esternal se aloja en el posterior. De aquí proviene que, en general, las situaciones dorso-anteriores sean mucho más frecuentes que las dorso-posteriores. Además, como la columna vertebral y el promontorio, por su forma redondeada, hacen físicamente inestable todo equilibrio, de allí es que situada la cabeza oblícuamente dentro del canal, el tronco, sujeto á la accion de la propia fuerza y á la reaccion del propio obstáculo, se sitúe de modo que el plano dorsal vea adelante, á derecha ó izquierda, y el esternal atrás, hácia puntos diametralmente opuestos.»

«Cómo se encaja oblícuamente la cabeza en la embocadura del canal pélvico, es asaz curioso y muy natural; luego que ella llega al estrecho superior, algun punto de la circunferencia sub-occípito frontal pónese en contacto con el promontorio; pero semejante situacion es físicamente inestable por tratarse de dos superficies redondeadas, una de las cuales, la cabeza, móvil, incesantemente está urgida por la contractilidad del útero apénas se

inicia el período de acomodacion. La situacion violenta que describo termina cuando el ovóide fetal, impulsado por la potencia que tenazmente le insta y le compele, gira á diestra ó siniestra en busca de estabilidad, deteniéndose tan luego como el equilibrio es estable, quiere decir, cuando el diámetro sub-occípito frontal se conjuga con el oblícuo pélvico correspondiente. El promontorio, por tanto, es regulador del movimiento giratorio de la cabeza, como la columna lo es del tronco, y ambos armonizan sus efectos para producir un resultado conforme con las leyes de la estática: ó lo que es lo propio, acomodan por adaptacion las formas y dimensiones del contenido inerte á las del continente activo. Y tanto por el mejor avenimiento entre la region dorsal del feto con cualquiera de los compartimientos anteriores de la matriz, suficientemente sostenida por la pared anterior del vientre, cuanto porque los óvalos á quienes sirven de eje los diámetros oblícuos de la embocadura del canal ó estrecho superior, son más capaces delante que detrás, el cráneo, que es más voluminoso en la region occipital que en la fronto-bregmática, adáptase de tal manera que la primera resulta de preferencia situada adelante y á derecha ó izquierda y relacionada con la eminencia ilio-pectinea que le corresponde, lo que define al cabo la situacion relativa del feto ó sea la posicion.»

«De lo dicho hasta aquí se infiere cuál es la ingerencia y participio que en la adaptacion ú acomodamiento fetal tienen la cavidad del vientre y la cavidad uterina, y con sólo esto, es de presumirse el decisivo influjo que en todo ello ha de tener la regularidad de conformacion y la tonicidad fisiológica de ambos; influjo que en la práctica diaria se echa de ménos en las mujeres que carecen de tan preciosas cualidades, en particular si la laxitud del receptáculo uterino se complica con una eventracion, causas eficientes de la *preinclinacion*, de la *anteflexion* y del *venter pependulus.*»

«Permitid, señores, que para no desviarme ni un ápice del importante punto de mira de la cuestion propuesta, no detalle

el papel que tan bien y de consuno desempeñan en la acomoda-cion del engendro dentro de la matriz, la conformacion normal del canal pélvico, todo lo relativo al huevo, configuracion, desarrollo, vida del engendro, longitud del cordon umbilical, sitio de insercion de la placenta, proporcionalidad entre el volúmen del feto y la cantidad del líquido amniótico, etc., etc. Básteme dejarlos apuntados como concurrentes armónicos con uniformes tendencias al mismo designio, y repetir, por último, lo que frecuentemente digo en mis lecciones orales, esto es: que para verle realizado es *conditio sine qua non* la perfecta correspondencia de uno y otro; de todos ellos.»

«Con efecto, para que el abocamiento sea irregular, anómalo, no es indispensable que reine un perfecto desacuerdo entre todos los factores de la acomodacion: la experiencia enseña que basta con que uno sólo de ellos, el que á primera vista parezca más insignificante, niegue su cooperacion, para que luego se eche de ver su falta é incontinenti aparezca la irregularidad. Por eso es que los fetos, muertos ó vivos, pero poco desarrollados, defectuosos ó monstruosos, ó enfermos, no se acomodan conforme es debido; por eso en las preñeces en que el amnios está hidrópico son tan varias é inestables á cortos plazos las presentaciones y posiciones del feto; por eso en las multíparas se notan muchísimo más que en las nulíparas, no sólo cambio de presentacion y posicion, sino verdaderas irregularidades peligrosas, la extension é inclinacion de la cabeza, las procidencias de algun miembro ó del cordon umbilical, ó de ambos á la vez; por eso, en fin, y para entrar de lleno en la cuestion, en las mujeres que por desgracia tienen úteros laxos y paredes abdominales muy extensibles se observan *embarazos más embarazosos* aún, permitidme esta redundancia, puesto que á las molestias y penalidades anexas á la preñez fisiológica, añádense otras que hacen todavía más penoso el estado de gestacion, ora agravando los trastornos funcionales, ora dando márgen á la aparicion de nuevos, trascendentales y molestos todos. Y si en la preinclinacion hay falta de con-

cierto en lo tocante á la estática y dinámica de la acomodacion, de que por menor acabo de ocuparme, ¿qué podré decir de la anteflexion, del *venter pependulus* en los cuales reina una verdadera anarquía?»

Se ve por lo expuesto que conforme á la anterior doctrina, entre los factores de la acomodacion se encuentran: 1º, conformacion normal y funcionamiento fisiológico de las cavidades uterina, abdominal y pelviana; 2º, tonicidad y elasticidad de las paredes útero-abdominales. Ninguna de estas condiciones satisface la preinclinacion y anteflexion, porque habiendo relajamiento de las paredes abdominales, el útero, que se encuentra en relacion con ellas, las seguirá y por consiguiente no llena la ley de los partos eutócicos que dice: «debe haber paralelismo entre los ejes del producto, del útero y de la pélvis,» condicion sin la cual no puede haber acomodacion ni parto fisiológico

Pasarémos ahora al análisis de las causas por las que la preinclinacion y anteflexion hacen distócico el parto, si no se corrige á tiempo el defecto. Empiezo por estudiar, siquiera sea rápidamente, lo que pasa en el parto fisiológico.

La causa eficiente del parto consiste en la contraccion: 1º, de las paredes de la matriz; 2º, de los músculos abdominales, y 3º, del diafragma.

Los autores antiguos no estaban de acuerdo sobre cuál de los tres tenia más influencia en el parto; algunos creyeron que la principal estaba en la contraccion de la matriz, y citan en apoyo de su asercion los casos que registra la ciencia, en que una mujer ha alumbrado, no obstante estar paralizados los músculos abdominales á consecuencia de una enfermedad de la médula: por el empleo de los anestésicos se destruye la contractilidad de los músculos voluntarios, y sin embargo, el parto se verifica. Haller cree que la contraccion uterina es una causa secundaria y piensa que el papel principal está en la contraccion de los músculos abdominales por creer que la contraccion uterina sólo sirve para tener derecho el tronco del feto; pero en contra de esta

hipótesis están los casos en los cuales el parto se ha efectuado estando la mujer en un ataque de histeria ó de epilepsia; en estos casos es evidente que la contraccion uterina ha bastado para la expulsion del producto. Cazeaux cree que la causa del parto está en el útero principalmente al principio del trabajo, y despues la matriz está ayudada por la contraccion de los músculos abdominales.

Las contracciones de la matriz son rítmicas. El útero no representa el papel que está llamado á desempeñar de un golpe, sino que las contracciones son intermitentes, en el intervalo de las cuales el órgano entra en reposo; además se observa que en la contraccion hay períodos que Nœgele llama períodos, 1º, de aumento, en el que la contraccion, débil al principio, va aumentando poco á poco hasta que llega á su máximum; el 2º, período de estado en el que el útero persiste en el máximum, y el 3º de declinacion, en el cual va disminuyendo. Al principio del trabajo las contracciones son débiles y están separadas por intervalos bastante largos; despues las intermitencias van disminuyendo poco á poco y el dolor aumentando en intensidad y duracion. Las contracciones verdaderas se reconocen en los signos siguientes: la matriz en el momento del dolor forma un tumor duro que persiste todo el tiempo que dura la contraccion, se propaga de la region lombo-sacra á la parte inferior del vientre, y de aquí atraviesa la pélvis y se termina en la vulva; 2º, son periódicas y están seguidas de un cierto tiempo de reposo; y 3º, los verdaderos dolores vienen á influir sobre el cuello determinando su dilatacion.

Los antiguos creian que el feto era el principal agente en el parto; lo suponian encorvado formando un arco, apoyando los piés en el fondo de la matriz, distendiéndose como un resorte para abrir el cuello uterino: por esta razon Hipócrates y Mauriceau creian más viable un producto de siete meses que el que venia á los ocho, pues decian « que este nacimiento prematuro indicaba mayor vigor en el feto porque habia tenido bastante fuerza para

darse paso por sí solo y habia podido romper las membranas.»

Actualmente todos los parteros están de acuerdo en que la causa del parto está en las contracciones de la matriz ayudadas por el diafragma y los músculos del vientre. Antonio Petit fué el que llegó á fijar definitivamente la causa principal de la expulsion del producto de concepcion.

Dilatacion del cuello.—La contraccion uterina es la que viene á influir sobre el cuello determinando su dilatacion: la explicacion de esto se encuentra en la composicion de la capa externa del útero, que sabemos está formada de fibras trasversales y longitudinales: éstas determinan por su contraccion la dilatacion del cuello. En efecto, cuando el útero se contrae su cavidad disminuye y sus paredes se aproximan al centro, pero como encuentran la resistencia que ofrece el huevo intacto ó el feto, en el primer caso el líquido amniótico, despues de haber sufrido un cierto grado de compresion, resiste enérgicamente; en el segundo caso el feto, despues de haber cedido cuanto es posible, resiste, y las paredes de la matriz, no pudiendo aproximarse más, toman un punto de apoyo, sea sobre el huevo, si está intacto, ó sobre el feto, y entónces todo el esfuerzo termina en atirantamientos sobre el orificio, las fibras circulares que se han modificado durante el embarazo ceden, y se efectúa la dilatacion. Otra causa de la dilatacion del cuello la encontramos en la presion que ejerce el feto ó sus membranas sobre el orificio; en efecto, el huevo, oprimido uniformemente, tiende á abrirse paso por el punto que ofrece menor resistencia; éste es evidentemente el orificio, de manera que estas dos causas reunidas vienen á producir la dilatacion; sin embargo, la primera puede sólo producirla, porque se ha visto que en los casos de estrechamiento de la pélvis, en los cuales la parte presentada queda muy elevada, la dilatacion se produce, aunque siempre con más dificultad, y no tiene las dimensiones que si hubieran obrado las dos causas reunidas, de modo que la bolsa de las aguas viene á ser un poderoso dilatador del cuello uterino.

En la preinclinacion y anteflexion el eje uterino, encontrándose desviado del eje del estrecho superior, los dolores no siguen su direccion normal, una parte va á perderse contra una ú otra de las paredes de la pélvis; y recordando que una de las causas que influyen en la dilatacion del cuello es la regularidad de los dolores, comprenderémos por qué la dilatacion se efectúa, pero en un tiempo mucho mayor: por ser la bolsa de las aguas un poderoso dilatador del cuello, no podrá formarse y resultará el mismo inconveniente; por último, la parte presentada estando bastante alta y teniendo el mismo objeto, es decir, ayudando á la dilatacion, no podrá llenarlo. He podido apreciar la importancia que tienen la cabeza y la bolsa de las aguas para la dilatacion del cuello en el siguiente caso que paso á referir. El dia 22 de Mayo del presente año fuí llamado á la calle de Nuevo México núm. 7 á las dos de la mañana, para asistir á la Sra. A. P. que se encontraba en trabajo de parto. La encontré en las condiciones siguientes: 30 años de edad, multípara; habia tenido un aborto y un parto prematuro: nos refirió al Sr. Dr. Vicente J. Morales y á mí, que en el último parto se habia levantado á los tres ó cuatro dias de haber parido: el embarazo estaba á término y el producto se abocaba en primera de vértice; la cabeza reposaba sobre el arco del púbis; la dilatacion á esa hora seria de cuatro centímetros; el trabajo habia empezado hacia 24 horas; la bolsa estaba intacta; los dolores se iban alejando, eran de poca intensidad y duracion; el cuello estaba muy atrás, al grado que al principio no pude alcanzarlo, sino hasta que levanté el vientre con la mano izquierda, y comprendí que se trataba de una anteversion uterina muy pronunciada; confirmé este diagnóstico haciendo que se arrodillara la señora; propuse que se suspendieran las inyecciones de agua tibia que estaban aplicando, y además le pusimos un vendaje para levantar el vientre. Un cuarto de hora despues se regularizaron las contracciones al grado que venian con intensidad y duracion, y con intermedio de cuatro minutos; despues de hora y media volvieron á tener intervalos de diez á doce minu-

tos, y además la dilatacion no avanzaba: reconocí á la enferma y pude apreciar que la causa de la irregularidad de los dolores era debida á que la cabeza del feto no se habia encajado y á consecuencia de esto, faltaba al cuello uterino el excitante para su completa dilatacion: llenamos el Dr. Morales o esta indicacion, y el trabajo se regularizó de tal modo que á las ocho de la mañana tuve la satisfaccion de ver nacer un niño á término, que aunque algo asfixiado, pude volverlo á la vida.

Mi maestro el Sr. Rodriguez explica de la manera siguiente el por qué se regulariza el parto cuando la cabeza está en contacto con el cuello; dice: « La razon es clara, porque enderezando la matriz inclinada ó doblada, la cabeza, momentos ántes distante del esfinter uterino, por el solo hecho del erguimiento, baja, se acerca, toca é irrita al fin los hilitos nerviosos de la vida animal de que aquel se halla superabundantemente provisto, y excita la contractilidad orgánica, los dolores de parto, cuyo ritmo, duracion é intensidad gradualmente crecientes, ejecutan en regla los fenómenos fisiológicos y dinámicos del desembarazamiento.» Cita el Sr. Rodriguez un caso en que una señora, despues de luchar en vano cincuenta y seis horas sin que por esto el trabajo estuviese á la mitad, alumbró hora y media despues de haber llegado el Sr. Rodriguez, con sólo haber erguido el vientre y haber comprimido el fondo del útero á cada contraccion. El mismo señor dice despues refiriéndose al punto que vengo estudiando:

« Entre los casos que he leido recuerdo uno que refiere Jones Power, cuyos pormenores son interesantes. El caso, si mi memoria no me es infiel, fué como sigue: Una multípara embarazada de nueva cuenta, creyó habia llegado el término de su preñez, y tres dolores de parto, aunque ligeros, vinieron á robustecer su creencia. Concluido aquello, se restableció la calma. Trascurrieron tres meses, y durante ellos la infeliz no tuvo un solo momento de tranquilidad, y alarmada, segun es de suponerse, pasó ese tiempo consultando el caso con cuantos facultativos pudo, incluso un hermano de Jones Power, y á todos, sin exceptuar este úl-

timo, les oyó decir que no estaba embarazada. El relator cuenta que su hermano, pasado algun tiempo, rectificó su juicio, notando el gran crecimiento del vientre, su grande inclinacion hácia adelante y que le llegaba hasta las rodillas, cuando la mujer estaba en pié. Ciert[illegible] un médico amigo de la paciente la puso en pié, subió sobre una silla colocada tras ella, pasó una ancha tira de lienzo bajo el vientre colgante, y asidos los dos extremos tiró hácia arriba y atrás con cuyo artificio logró levantarlo. Practicado entónces el tacto, se sintió clara y distintamente la cabeza, visto lo cual, se le puso una faja que mantuviese erguido el tumor. Cuatro ó cinco dias despues de este suceso vino el parto y la mujer dió á luz un niño vivo muy desarrollado.»

«Prescindiendo de la circunstancia de haberse suspendido el trabajo del parto precisamente cuando la mujer hubo creido que habia llegado el término de la preñez (circunstancia que desde que por primera vez leí el relato de Jones Power, me pareció tener, mal embozado, la pretension de hacer creer que el venter pependulus es capaz hasta de hacer frustráneo y por un plazo no corto, un parto al término natural de la gestacion), ó en otros términos, poniendo á un lado la acriminacion preconcebida de un *missed labour* por falta del estimulante propio del esfinter uterino, motivada por el venter pependulus, lanzada con la mira única de robustecer la nueva teoría sobre la verdadera causa eficiente del parto, inventada en el año de 1819 por el tantas veces repetido Jones Power, quedarán siempre vigentes estos dos hechos que en absoluta igualdad de condiciones he visto multitud de veces reproducidos: primero, la inclinacion ó flaxidez de la matriz grávida siempre alejan del polo útero-vaginal á la region presentable aunque sea la cabeza, que sin duda es la que se encaja más fácil y pronto en la embocadura del canal, y este alejamiento se conoce por el tacto vaginal y por la palpacion. Con efecto, palpando el vientre siente la mano que la cabeza sólo está superpuesta, pero no encajada; el dedo mejor alargado por el ejercicio no logra tocar nada, y lo consigue luego que con la mano

que queda libre yergue el vientre y lo mantiene en esa situacion.»

Otro de los peligros que puede traer la inclinacion y la anteflexion es la ruptura del útero. El Sr. Dr. Nicolás San Juan tuvo la deferencia de referirme y darme su permiso para que pudiera publicar la siguiente observacion: La Sra [illegible] como de 30 años de edad, de buena constitucion, se declaró en trabajo á mediados del año de 1883. El Sr. Dr. San Juan fué llamado al siguiente dia para asistirla, y encontró lo siguiente: una señora obesa en grado excesivo; el vientre en alforja; por la palpacion le pareció que el producto estaba abocado de vértice; por la auscultacion encontró los latidos del feto, pero débiles por la gran cantidad de grasa de las paredes abdominales; por el tacto vaginal creyó tocar una de las bosas parietales, no pudiendo afirmarlo por encontrarse la parte abocada sumamente alta: la dilatacion del cuello era de tres á cuatro centímetros. Queriendo rectificar el diagnóstico, volvió momentos despues á reconocer á la señora, y pudo por el tacto vaginal tocar con claridad uno de los isquion, así como la vulva del producto: la bolsa se habia roto desde la madrugada; el cuello estaba edematoso, al grado que el labio anterior tenia el volúmen de un huevo de paloma; al sacar el dedo el Dr. San Juan vió que tenia meconio; los dolores, sumamente intensos y de mucha duracion, venian cada cuarto de minuto y duraban minuto y medio; el útero estaba casi tetanizado. El repetido Dr. San Juan puso una sábana en forma de corbata cuyos cabos se ataron á las columnas de la cabecera de la cama; estando muy inquieta la enferma, ordenó un baño tibio y además administró á la enferma el cloroformo; con este medio consiguió, primero, que los dolores se regularizaran, pues vinieron despues con un minuto de intervalo, y segundo, que la enferma sufriera ménos; pero habiéndole venido síntomas de asfixia, desistió del cloroformo y solicitó la presencia de otros facultativos para seguir la cloroformizacion. A las once vió que la dilatacion aumentaba, el meconio salia en mayor cantidad, los latidos no se percibian y la parte presentada descendia muy poco. A las doce la enferma dijo

que sentia una cosa muy extraña, y descansó un poco de los dolores; á poco rato sintió un dolor agudísimo en el flanco izquierdo, las facciones se descompusieron, y una abundante hemorragia se declaró por la vulva; el pulso se hizo muy pequeño: en ese momento el Dr. San   encargó á la partera que sostuviera el vientre, pues dicho facultativo diagnosticó una ruptura del útero, é introdujo el dedo para ver lo que encontraba en el canal; entónces pudo sentir el vértice del cráneo del producto: en ese momento llegó mi inteligente maestro el Sr. Dr. Capetillo, é informado del caso, hizo el tacto, se encontró la matriz vacía y sintió la desgarradura del útero. La señora murió momentos despues.

En el caso anterior dos causas fueron las que produjeron la muerte de la señora: la una fué la desviacion del útero, la otra fué la polisarcia.

He leido en Moreau la siguiente observacion:[1] "Cierto dia Baudelocque fué llamado para que en consulta viese á una mujer que tenia oblicuidad anterior del útero, y que hacia cuatro dias estaba en trabajo de parto. La partera asistente tuvo la imprudencia de obligar á la mujer á que durante todo ese tiempo anduviese y estuviese en pié. La oblicuidad era muy pronunciada; la cabeza recargaba contra el ángulo sacro-vertebral, y en tal virtud, la dilatacion del orificio no pudo verificarse. A pesar de todo bajó la cabeza, pero cubierta por el segmento inferior de la matriz. Las sangrías, la postura horizontal y la precaucion de mantener levantada la pélvis, no pudieron prevenir la gangrena y la muerte, que acaeció ántes de la terminacion del parto, lo que no habria sucedido, si á tiempo se hubiera remediado ó corregido la oblicuidad del útero grávido."

Es evidente que la ruptura en estos casos fué debida á que en la anteversion y anteflexion, la cabeza reposa sobre un cuerpo muy resistente, el arco del púbis, al contraerse el útero, la cabeza viene á chocar sobre el hueso por intermedio del segmento in-

1 1841, tomo 2º pág. 164.

ferior de la matriz, determinando de este modo la atricion del tejido uterino, que trae por consecuencia la gangrena y en seguida la ruptura.

Cuando la cabeza baja, sucede que está cubierta por el segmento inferior de la matriz, que, adelgaz a, puede dar lugar á errores de mucha trascendencia, como por ejemplo, creer que es necesario aplicar el forceps, ó pensar en un caso de oclusion del orificio uterino. Moreau cuenta que una vez fué solicitado para ver una mujer en trabajo de parto, multípara, que tenia oblicuidad uterina anterior muy pronunciada. En la excavacion se encontraba la cabeza del feto, pero cubierta por la parte anterior de la matriz, adelgazada, restirada, lisa; revestia la cabeza de un modo tal, que podia creérsele desnuda: así opinaba el médico. Disponíase éste á aplicar el forceps, cuando la familia solicitó la opinion de Moreau. La sensibilidad de la parte y el dolor causado al contacto del dedo, en el momento le dieron á conocer el verdadero estado de la cuestion, y una vez puesta en claro, bastó colocar á la parturienta en decúbito supino, elevar la pélvis por medio de un cojin, enderezar el vientre y enganchar con el dedo el cuello uterino no dilatado aún, situado casi á la altura del ángulo sacro-vertebral, y durante cada dolor tirar de él hácia abajo y adelante para conseguir que la dilatacion marchase de prisa y terminase el parto, el cual se verificó dos horas despues. Lauverjat cita un caso de la segunda especie en que se ejecutó la operacion cesárea vaginal, y una vez concluido el desembarazamiento, apareció el cuello, muy elevado ántes de la operacion, y quedó patente la inutilidad de la intervencion.

El útero cansado puede dar lugar á otros peligros, pues cayendo en inercia, puede hacer necesaria una operacion de forceps, version por maniobras internas, parto manual, extraccion de secundinas, que siempre son peligrosas. He sabido del caso siguiente: Una vez un facultativo, muy respetable, asistia á una señora que tenia anteversion del útero: la placenta se habia detenido; intentó extraerla, pero le fué imposible; en esos momentos llegó mi inte-

ligente y querido maestro el Sr. Dr. José Ignacio Capetillo, el cual con su reconocida habilidad levantó el vientre é hizo la extraccion, conteniéndose inmediatamente la hemorragia que se habia declarado.

Otro de los peligros del cansancio del útero y que vienen con suma frecuencia, en la preinclinacion y anteflexion, son las hemorragias rápidamente mortales; en efecto, sabemos que despues de la expulsion de las secundinas, el útero tiene que retraerse; esta retraccion es la que preserva á las mujeres de la hemorragia en las desviaciones que estudiamos; cansada ya la matriz, tiene necesidad de un cierto tiempo de reposo para reparar sus agotadas fuerzas, y como durante este tiempo los vasos adonde estaba inserta la placenta permanecen abiertos, vendrá la hemorragia. (Véase la observacion 3ª)

Por último, la anteversion y anteflexion uterinas tienen influencia para que el puerperio no sea fisiológico.

Sabemos que todo parto que dura mucho tiempo, trae consecuencias muy graves para el puerperio. El cansancio uterino trae hemorragias que si no terminan inmediatamente con la vida de las enfermas, sí las debilitan mucho, y por consiguiente ofrecen á las enfermedades un terreno propicio para su desarrollo. Tambien no viniendo la retraccion del útero, los vasos del lugar en que estaba la masa placentaria permanecen abiertos y puede el miasma puerperal penetrar al organismo con suma facilidad; si hay coágulos en la cavidad, como sucede con frecuencia, entónces éstos entran en descomposicion y viene el envenenamiento puerperal; por último, en todos los partos muy dilatados se observan metritis más ó ménos intensas, peritonitis, ovaritis, que si bien es cierto muchas veces curan, tambien otras traen la muerte.

Por la compresion que hace el útero sobre la uretra, trae la parálisis de la vejiga, y á consecuencia de esto la cistitis, por retencion de orina, la cual en las recien paridas termina con frecuencia en la supuracion: he visto morir últimamente en la casa de Maternidad dos enfermas á consecuencia de esta complicacion.

Para terminar voy á citar otro peligro que es sumamente frecuente que venga en todo parto dilatado: éste es la gangrena de la vagina, ocasionada por el tiempo que reposa la cabeza del niño en ella.

De todo lo expuesto se pueden sacar las siguientes conclusiones:

1ª La anteversion y anteflexion uterinas molestan mucho á las mujeres durante el embarazo.

2ª Impiden la acomodacion del producto de la concepcion, y por consiguiente ocasionan presentaciones y posiciones viciosas.

3ª Dificultan y hacen peligroso el parto.

4ª Traen con frecuencia puerperios patológicos.

5ª Todos los peligros é inconvenientes se remedian corrigiendo á tiempo la oblicuidad del útero; para conseguirlo, se aconsejará á las mujeres lleven en los últimos meses del embarazo hasta la expulsion del producto de la concepcion, una faja que levante el vientre y sostenga á la matriz en su posicion fisiológica.

JOSÉ TORRES ANSORENA.

OBSERVACIONES.

PRIMERA.

Merced Luna, de 29 años, buena constitucion, multípara, llegó á la Casa de Maternidad el dia 26 de Enero de 1882: en ese mismo dia se declaró el trabajo del parto: encontré por el reconocimiento que el embarazo estaba á término; era único, intrauterino; el producto estaba en segunda posicion de vértice, habia anteversion del útero y además una eventracion: la mujer hacia veinticuatro horas que estaba con los dolores; desesperada por los sufrimientos de tantas horas, hacia esfuerzos sumamente enérgicos; en uno de ellos salieron por la eventracion varias asas intestinales ocasionando á la enferma signos de estrangulacion. Inmediatamente mi amigo y compañero el Sr. Federico Cota y yo redujimos el intestino y se le puso la faja abdominal, con lo cual á la media hora se verificó el parto felizmente.

SEGUNDA.

En el mes de Junio de 1883, fuí llamado á la calle del Sapo, núm. 21, por la partera Sra. Dolores Roman, para ver á una señora que se encontraba en trabajo de parto hacia diez y ocho horas: se encontraba agotada por los sufrimientos: me pedia la enferma que la cloroformase, pues decia que en sus partos ante-

riores sólo habia dilatado seis ú ocho horas; los dolores todavía estaban intensos. Reconocí á la señora, y ví que la causa de que se hubiera dilatado el parto era porque habia anteversion: el producto estaba en primera de vértice: le pusimos la faja abdominal, y en el momento de la contraccion hacia yo la expresion del útero: una hora despues de mi llegada, se verificó el parto de un niño vivo. El puerperio fué feliz.

TERCERA.

Cármen Blanco, de 30 años de edad, constitucion regular, primípara, se declaró en trabajo de parto en la Casa de Maternidad el dia 4 de Junio de 1883; hacia cuatro horas que la bolsa se habia roto, los dolores se hicieron ménos frecuentes, y por último, se retiraron. Hubo necesidad de aplicar el forceps por haber caido la matriz en inercia. Despues de haber salido la placenta el útero quedó grande, é inmediatamente vino una hemorragia muy abundante: se le dió á la enferma ergotina de Bonjean, se le puso éter sulfúrico en el vientre, y además se le inyectó dos jeringas de Pravaz con ergotina de Ivon; á pesar de todo, la hemorragia no se contenia, y si no hemos comprimido la aorta durante un cuarto de hora despues, es indudable que la mujer habria sucumbido.

Las dos observaciones siguientes las debo á la amabilidad de mi buen amigo el Sr. Dr. V. J. Morales.

CUARTA.

«La Sra. P. G., de 26 años, estatura regular, constitucion robusta y temperamento nervioso, dice que despues de su primer parto tiene el vientre más abultado de lo normal. De ocho años á esta parte se ha hecho embarazada varias veces y en todas sus preñeces el vientre *se le ha ido para adelante*, siendo más notable este fenómeno en los dos últimos. Sus partos han sido felices, pues sólo el cuarto fué aborto. Dice que en sus embarazos ha te-

nido basca, dolores en la cintura y calambres en los últimos meses. Por estos accidentes fuí solicitado el mes de Setiembre de 1882 y pude comprobar el estado del vientre. En efecto, éste tiene toda la apariencia de una alforja, y el útero con su producto en una anteversion notable. Difícil era por el tacto encontrar el cuello uterino; la posicion que tenia el feto era una primera de vértice. Me pareció conveniente en esa situacion poner una venda que sostuviera y levantara el vientre, la que recomendé á la enferma no se quitara ni por la noche, y que en cuanto apareciera el primer dolor se acostara en posicion supina. En esta posicion la encontré en efecto el dia 26 de Noviembre á las diez de la mañana; las contracciones eran enérgicas, regulares y separadas por cortos intervalos, el cuello muy dilatable, la bolsa intacta y la cabeza encajada: juzgué que mi papel era esperar; el empleo de la faja fué tan fructuoso, que dos horas despues nació un niño en muy buenas condiciones.»

QUINTA.

«La Sra. D. B., de 39 años de edad, de estatura baja, buena constitucion; padece enfisema pulmonar muy avanzado, sobre todo en el pulmon izquierdo, y tiene una lesion del corazon derecho. Ha tenido nueve embarazos, de los cuales siete han llegado á término. Dice que sus partos han sido muy violentos y sólo en el penúltimo se hizo necesario la extraccion de la placenta por estar adherida. Que desde su segundo embarazo se le ha ido el vientre hácia adelante y que este estado fué exagerándose en cada embarazo; que en los últimos dias de estar en cinta sentia tracciones dolorosas en las ingles. El dia 5 de Julio de 1883 fuí solicitado para que me encargase de su asistencia: su estado era el siguiente: se advierte desde luego la dificultad de respirar, que se hace más perceptible cuando la enferma habla mucho; hay un color amoratado de los labios y de la lengua, y en la punta de la nariz se perciben esos *tractus* venosos que indican

la replesion sanguínea permanente: las yugulares y venas superficiales muy perceptibles.»

«Los signos estetoscópicos del pulmon y el corazon corroboran perfectamente el diagnóstico. En cuanto al vientre, su forma es muy perceptible; aun sobre la ropa semeja á una gran *alforja*: su mayor circunferencia tomada sobre el sacro es de 1 metro 44 centímetros, y cae hasta el tercio inferior de los muslos. La anteflexion es notable y la parte más grande del ovóide fetal en relacion con la matriz, se encuentra colgando; los latidos del corazon se perciben con mucho trabajo en la parte superior derecha de aquella bolsa. Por el tacto es imposible reconocer el estado del cuello uterino que no se alcanza; la parte posterior de la vagina está atirantada y avanza hácia adelante haciendo menor el diámetro antero-posterior de este conducto. La indicacion era clara en el caso: puse á la enferma desde luego una venda bastante ancha en forma de *honda* que sostuviese y levantara el vientre, recomendando mucho este medio muy poco tolerado por existir una eventracion tan antigua, que las vísceras habian perdido ya el derecho de domicilio, y tambien por la lesion pulmonar; recomendando asimismo la adquisicion de una venda con las condiciones convenientes, cuya ejecucion dejé á la entendida partera Sra. Lobo de Rodriguez. Desgraciadamente esta venda no llegó á aplicarse ni un momento. Con motivo de un enfriamiento que tuvo la señora el domingo 8 por la tarde, sobrevino una neumonía fibrinosa en todo el pulmon izquierdo, con disnea intensísima, 48 respiraciones por minuto, pulso 132 y una temperatura constante de 41°2. Hasta el dia 9 por la tarde los movimientos del feto fueron activos, pero la noche de este dia ya no se percibian, ni tampoco los latidos del corazon del feto. A la madrugada del dia 10 comenzaron á hacerse sentir dolores intermitentes en la cadera y el vientre; fueron exagerándose más y más, y á las diez de la noche pude percibir con trabajo que el cuello estaba sumamente dilatado y bien formada la bolsa del amnios: diagnostiqué una segunda de vértice.»

«No quedaba otra cosa más que favorecer el parto, y el medio aconsejado encontró aquí su entera aplicacion, *levantar y sostener el vientre para colocar al producto en el eje de la cavidad que sucesivamente debia de recorrer, y hacer así fructuosas las contracciones.* En cada una de ellas se hizo de esta manera, y despues de enérgicas contracciones se expulsó un feto muerto de color amoratado. En estos momentos la sangre corria en abundancia, la dificultad de la compresion era excesiva por tratarse de un vientre tan grande y de las lesiones pulmonares que asfixiaban á la enferma: fué preciso sacar la placenta que estaba adherida aún al fondo de la matriz, poniendo desde luego dos inyecciones de á gramo de Ivon y levantar y comprimir el vientre primero con una mano y luego con un vendaje apropiado. La asfixia se hacia cada vez más patente por la disnea excesiva que se convirtió en ortopnea; la cianosis en la cara y en las extremidades se hizo muy manifiesta, así como sudores abundantes; la enferma murió á las cinco de la tarde del dia 11 sin haberse repetido la hemorragia, pero con su útero muy poco retraido, así como su vientre, que medido pocos instantes despues de la muerte, midió en su mayor circunferencia un metro diez centímetros.»

SEXTA.

Concepcion Leite, de 26 años, de temperamento linfático y constitucion regular, ha tenido cuatro partos felices; el producto se presentó en segunda de vértice; se declaró en trabajo de parto en la Casa de Maternidad el dia 25 de Junio de 1883: habiendo reconocido el Sr. Dr. Rodriguez que habia anteversion del útero, ordenó se le pusiera la venda abdominal, habiéndose verificado el parto dos horas despues.

SÉTIMA.

Jesus Benitez, de 36 años, multípara, se declaró en trabajo de parto en la Casa de Maternidad el dia 26 de Agosto de 1883; fuí llamado porque hacia diez y seis horas que estaba en trabajo y éste no avanzaba; además, los dolores eran poco intensos y la mujer se habia agotado: reconocimos mi amigo el Sr. Dr. Francisco Hurtado y yo, que la causa estaba en la anteversion uterina; pusimos la faja abdominal, y despues de una hora el parto se verificó.



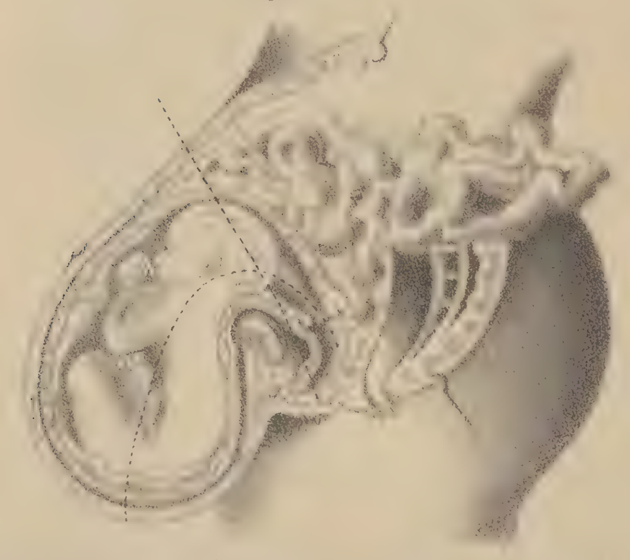
Utero en su posicion normal.

Fig 2.ª



Pre-inclinacion ó anteversion del útero.

Fig. 3.ª



Anteflexion uterina. (Vientre en alforja.)







